

ПРОСЬБА ОБ ИСКЛЮЧЕНИИ ИЗ ПРОГРАММЫ WTW*

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ВАШЕ ИМЯ		COUNTY USE ONLY (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ОКРУГОМ)	
АДРЕС	УЛИЦА	COUNTRY	
ГОРОД	ИНДЕКС	CASE NAME	
НОМЕР ТЕЛЕФОНА ()		CASE NO.	OTHER ID NO.
ВОПРОСЫ? СПРОСИТЕ ВАШЕГО РАБОТНИКА		WORKER NAME	

Если Вам сообщили, что возможно, Вам надо будет участвовать в программе WTW, или Вы уже состоите в программе, Вы можете просить об исключении из программы, из-за одной из нижеперечисленных причин. Если Вы имеете право на участие в программе Cal-Learn**, или Вы получили среднее образование или приравненное к нему, пока Вы находились в программе Cal-Learn, некоторые из этих исключений могут к Вам не относиться. Для более подробной информации обратитесь к Вашему работнику или работнику ответственному за программу Cal-Learn. Также, пожалуйста, пришлите любую информацию, которая поможет округу решить, можете ли Вы быть исключены из программы WTW.

Если Вы ответите "Да" на любой из этих вопросов, Вы можете быть исключены из программы WTW. Пожалуйста, ответьте на все вопросы. Эта анкета не может быть заполнена окружом. Пожалуйста, не забудьте подписать и поставить дату в конце этой анкеты.

ДА НЕТ

1. Вы моложе 16 лет?
2. Ваш возраст 16, 17 или 18 лет, и Вы в средней школе или школе для взрослых? (Не применимо, если Вы в средней школе или школе для взрослых по направлению программы WTW.)
3. Вы родственник, но не родитель и ухаживаете за ребенком, который находится под надзором суда, или ухаживаете за ребенком, который под угрозой помещения на временное жительство из-за отсутствия опеки родителей?
4. Вы находитесь дома, чтобы ухаживать за кем-то проживающим с Вами, но не в состоянии это делать сам(а), и поэтому не можете регулярно работать, или участвовать в деятельности программы WTW?
5. Вы родитель, или ухаживаете за ребенком в возрасте до шести месяцев (или в зависимости от округа, ребенка в возрасте до 12 недель, ребенка в возрасте до 12 месяцев)? Спросите Вашего работника, какого возраста может быть ребенок, чтобы Вы могли быть исключены из программы. Это исключение допустимо только один раз. (Не применимо, если Вы несовершеннолетний родитель, который обязан участвовать в программе Cal-Learn).
6. Вы не можете работать или участвовать в программе WTW из-за физического или умственного состояния регулярно, как минимум в течении 30 календарных дней? Пожалуйста объясните, и предоставьте любое медицинское доказательство, которое у Вас имеется. _____

7. Ваш возраст 60 или старше?
8. Вы беременны, и доктор утверждает, что Вы не можете работать или участвовать в деятельности программы WTW?

- Вам сообщают, Вы исключены или нет из программы WTW и причину.
- Вас могут попросить предоставить округу доказательства Вашей причины.
- Если Вы не согласны с окружом, Вы можете попросить о слушании.

ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА
--------------	------

* Программа для перехода от социального обеспечения к работе
 ** общобразовательная программа Калифорнии для лиц до 19 лет имеющих своих детей и получающих денежную помощь